

отмечены достоверные различия в заболеваемости новорождённых по отдельным нозологическим формам.

2. При лечении ПН методом выбора является монотерапия лекарственными средствами, улучшающими МПК, позволяющая избежать полипрагмазии в коррекции данного состояния.

Литература:

1. Об утверждении клинических протоколов наблюдения беременных, рожениц, родильниц, диагностики и лечения в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : Приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 9 окт. 2012 г., № 1182 / М-во Здравоохранения Респ. Беларусь. – Режим доступа: <http://www.bsmu.by/downloads/vrachu/protokolu/p26.pdf>. – Дата доступа: 14.07.2015.

2. Estimation of fetal weight with the use of head, body, and femur measurements: a prospective study / F. P. Hadlock [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1985. – Vol. 151. – P. 333–337.

3. Is sonographic assessment of fetal weight influenced by formula selection? / I. Burd [et al.] // J. Ultrasound Med. – 2009. – Vol. 28, № 8. – P. 1019–1024.

СОДЕРЖАНИЕ ГОМОЦИСТЕИНА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

*Колбасова Е.А., Киселева Н.И., Наумов А.В.,
Бресский А.Г., Мацуганова Т.Н.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Согласно данным литературы [3, 4], с нарушениями аминокислотного статуса связывают развитие артериальной гипертензии, депрессии, дерматитов, миопатии, анемии, остеопороза.

Гомоцистеин является серосодержащей аминокислотой, образующейся в организме при метаболизме незаменимой аминокислоты метионина. Повышенные концентрации гомоцистеина являются цитотоксичными. Гомоцистеин может повреждать стенки сосудов, нарушать функциональную активность эндотелия, усиливать тромбообразование, приводить к развитию сердечно-сосудистых заболеваний [2].

В настоящее время отсутствует единая точка зрения о возможной роли гипергомоцистеинемии в развитии физиологического и индуцированного старения женского организма. Все это обуславливает необходимость дальнейшего изучения роли аминокислот в возникновении климактерических нарушений у женщин с хирургической и естественной менопаузой.

Целью нашего исследования явилось изучение содержания аминокислоты гомоцистеина у женщин в постменопаузе.

Материал и методы исследования. Исследования проводились на базе кафедры акушерства и гинекологии УО «Витебский государственный

медицинский университет», НИЛ научно-исследовательской части УО «Гродненский государственный медицинский университет».

Нами обследованы 173 женщины, в том числе 82 женщины с хирургической менопаузой (I группа), 60 женщин с естественной менопаузой (II группа) и 31 женщина в позднем репродуктивном и пременопаузальном возрастах (контрольная группа).

Средний возраст пациенток первой группы составил $50,8 \pm 3,3$ года, второй группы - $50,5 \pm 3,1$ года, контрольной группы - $48,8 \pm 3,0$ года.

Средняя длительность хирургической менопаузы составила 1,0 (0,8; 1,7) год, естественной менопаузы – 1,3 (1,0; 3,0) года.

Определение гомоцистеина проводилось в сыворотки крови обращенно-фазной хроматографией с предколоночной дериватизацией офталевым альдегидом и 3-меркаптопропионовой кислотой с детектированием по флуоресценции (231/445 нм) [1].

Уровень эстрадиола в сыворотке крови исследовали радиоиммунологическим методом при помощи стандартного набора реактивов «Хозрасчетного опытного производства Института биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси»: РИА-ЭСТРАДИОЛ-СТ,

Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «STATISTICA 6.0».

Результаты и обсуждения. Данные исследования содержания гомоцистеина у обследованных пациенток представлены в таблице 1.

Таблица 1– Содержание гомоцистеина в сыворотке крови обследованных женщин (Me (25%; 75%))

Аминокислота (мкмоль/л)	Группы обследованных женщин		
	I группа (n=82)	II группа (n=60)	контрольная группа (n=31)
Гомоцистеин (Hcy)	9,53 (7, 25; 13,51)*.**	6,13 (5,17; 8,27) *	5,14 (3,72; 6,46)

Примечание: * – статистически значимые различия при сравнении с контрольной группой ($p < 0,05$, U-критерий Манна-Уитни); ** – при сравнении с показателем II группы ($p < 0,05$, U-критерий Манна-Уитни).

Как видно из данных, представленных в таблице 1, уровень гомоцистеина имеет различия.

У женщин с хирургической менопаузой медиана концентрации гомоцистеина, в 1,6 раза ($p < 0,001$) выше, чем у пациенток с естественной менопаузой в 1,9 раза ($p < 0,001$) выше, чем у женщин позднего репродуктивного и пременопаузального возрастов.

Медианное значение гомоцистеина у женщин с естественной менопаузой на 16% ($p < 0,01$) выше, чем у женщин контрольной группы.

Нами установлено, у пациенток I и II групп имеет место эстрогеновый дефицит, проявляющийся снижением уровня эстрадиола. У женщин с

хирургической менопаузой уровень эстрадиола составил 0,27 (0,20; 0,38) нмоль/л, у пациенток с естественной менопаузой – 0,33 (0,22; 0,48) нмоль/л. У женщин контрольной группы содержание эстрадиола составило 0,48 (0,35; 0,61) нмоль/л.

Содержание эстрадиола у женщин I группы было на 18,2% ($p < 0,001$) соответственно ниже показателя II группы и также статистически значимо отличалось от показателей группы контроля ($p < 0,001$).

Необходимо отметить, что содержание гомоцистеина в сыворотке крови зависит от типа менопаузы, уровня эстрадиола и степени тяжести климактерического синдрома.

Подтверждением этого является наличие статистически значимой обратной корреляционной связи между уровнем гомоцистеина и типом менопаузы ($R = -0,42$, $p < 0,01$) и статистически значимой прямой корреляционной связи между концентрацией гомоцистеина и суммарным ММИ ($R = 0,26$, $p < 0,01$).

Установлена статистически значимая обратная корреляционная связь между гомоцистеином и эстрадиолом ($R = -0,31$, $p < 0,001$), что свидетельствует о развитии обменных нарушений при выраженном снижении уровня эстрогенов.

Выводы. Повышение содержания гомоцистеина у пациенток с хирургической и естественной менопаузой, более выраженное после двусторонней овариэктомии, может приводить к развитию менопаузальных нарушений по мере прогрессирования эстрогенового дефицита.

Гипергомоцистеинемия выступает как модулятор изменений, возникающих при развитии климактерических расстройств, влияя на медиаторные и биохимические показатели организма женщины.

Литература:

1. Наумов, А. В. Определение гомоцистеина методом ВЭЖХ с предколоночной дериватизацией в микрообъёмах биологических жидкостей / А. В. Наумов, Е. М. Дорошенко // Аналитика РБ–2010 : сб. тез. докл. респ. науч. конф. по анал. с междунар. участием, г. Минск, 14–15 мая 2010 г. – Минск, 2010. – С. 138.
2. Наумов, А. В. Гомоцистеин. Медико-биологические проблемы: монография. – Минск : Проф. изд., 2013. – 311 с.
1. Скворцова, Ю. И. Гомоцистеин как фактор риска развития ИБС / Ю. И. Скварцова // Саратов. науч.-мед. журн. – 2011. – Т. 7, № 3. – С. 619–624.
2. Kurbat, M. N. Metabolism of Amino Acids in the Brain / M. N. Kurbat // Neurochemical Journal. – 2009. – Vol. 3, № 1. – P. 23–28.